

**MODULO C**

 Città di Medicina	<b>Comune di Medicina</b> <i>Provincia di Bologna</i> <hr/> U.O BIBLIOTECA, ARCHIVIO STORICO, MUSEO	<b>AREA SERVIZI AMMINISTRATIVI</b> Servizi alla Persona Archivio storico: tel. 051/6979209 fax. 051 6979321 Email: servizi culturali@comune.medicina.bo.it
--------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**RICHIESTA AUTORIZZAZIONE PUBBLICAZIONE CARTE D'ARCHIVIO**

Il sottoscritto .....

chiede l' autorizzazione alla pubblicazione delle riproduzioni in fac-simile tratte dai seguenti documenti:

SERIE ARCHIVISTICA	SOTTOSERIE	PERIODO	UNITA ARCHIVISTICA	PAGG. O CC.

Intendo pubblicare tali riproduzioni nell'elaborato o nel volume (titolo).....

garantisco quindi di fornire gratuitamente 1 copia dell'elaborato o 2 copie (in caso di pubblicazione) alla Biblioteca comunale (art.12 del Regolamento dell'Archivio storico di Medicina)

**Informativa sul trattamento dei dati personali da parte del Comune di Medicina**

Il conferimento dei dati personali ha natura obbligatoria. Il rifiuto comporta l' esclusione dai servizi di sala.

L'Archivio effettua il trattamento dei dati personali indicati nel presente modulo nel rispetto delle disposizioni del D. Lgs. n. 196 del 30 giugno 2003 (*Codice in materia di protezione dei dati personali*).

(ai sensi del D.Lgs. n. 196 del 30 giugno 2003, Codice in materia di protezione dei dati personali):

I dati forniti verranno: -utilizzati esclusivamente in funzione del presente procedimento;-trattati con modalità informatizzate e/o manuali; -conservati presso l'Ufficio Biblioteca e archivio storico e di seguito archiviati

Il titolare del trattamento è il Comune di Medicina, Via Libertà 103, 40059 Medicina (BO), il Responsabile del trattamento è la Dott.ssa Bruna Cimatti, Responsabile Servizi alla Persona

Data

Firma

**Si autorizza la pubblicazione**

Firma Responsabile

***N.B. Una copia del presente modulo in consegna allo studioso.***

<b>Comune di Medicina</b> - Via Libertà 103 – 40059 Medicina (BO) Partita I.V.A. 00508891207 – Cod. Fisc.00421580374; Tel 051 6979111 – Fax 051 6979222 <a href="http://www.comune.medicina.bo.it">www.comune.medicina.bo.it</a> - <a href="mailto:serviziallapersona@comune.medicina.bo.it">serviziallapersona@comune.medicina.bo.it</a>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------